

## 第三者行為による傷病届（交通事故以外） 記入例

本人・家族

(その1)

被害者・加害者（相手方）関係	被保険者証	記号 ○○○	氏名	健保 太郎		印						
	記号と番号	番号 ○○○	現住所	〒 ○○○-○○○ 東京都板橋区○○○-○-○								
	被保険者が勤務している事業所	名称	(株)○○○○									
		所在地	〒 東京都台東区柳橋○-○-○		TEL 03(○○○○)○○○○							
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄	本人							
	加害者（相手方）	氏名	事故 次郎		生年月日	明 大 (昭) 平 ○○年△月□日						
		現住所	〒 ○○○-○○○ 東京都板橋区○○○-○-○		TEL 090-3000-6000							
加害者（相手方）の勤務先	名称又は氏名	○△株式会社		事業内容又は職業								
	所在地又は住所	〒		TEL ( )								
加害者の住所氏名がわからないとき	その理由											
事故内容	傷病名	顔面打撲及び擦過傷		発生年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日 午前・午後 ○時 ×分頃							
	発生の場所	東京都豊島区池袋○-○-○ 居酒屋○○店内										
	種別	自動車事故・バイク事故・ <u>殴打</u> ・刺傷・その他( ) 自転車										
	事故結果	即死・入院直後の死亡 (死亡 年 月 日)・ <u>治療</u> 入院中の死亡										
	警察官の立会	<u>あった</u> ・ない・ないが届出済・わからない										
	所轄署	○○ 警察署				派出所						
	過失の度合	自分がなんぶ			相手がなんぶ							
	(0)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10	(10)

この届けに添えて提出する書類	示談が成立している場合は示談書の写し
----------------	--------------------

受 付 日 付 印

加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。

事故発生  
の状況

勤務後、職場の同僚とともに池袋前の居酒屋で飲食中、店内が混雑していたこともあり、隣席の人と接触することがありました。このときに隣客の人から押すなどと怒鳴られ、一方的に殴られるなどの暴力を受けました。  
同僚や店員が間に入り、警察にも通報されたため、3回程度顔面を殴られたところでその場は収まりました。

事故現場  
の見取図

事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。

# 記入例

(その2)

自加 賠責 保 險 加 入 状 況 の	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 平 成 年 月 日 至 平 成 年 月 日	
	保険加入証明 記 号 番 号	第 号	契 約 者 氏 名		
	契 約 保 険 会 社	名 称			
		所 在 地	〒	TEL	
示 談 状 況	示談が成立	交渉中	平成 〇〇年 〇月 〇日	請求権を放棄した	
		成立していない		平成 年 月 日	
		示談が成立 していない理由		した 理由	
損 害	自動車事故のとき保険 会社から賠償金の受領は	した(請求者名 ) ・ しない ・ 請求中			
	加害者に対する 損害賠償の請求	していない ・ した	年 月 日 口頭 ・ 文書	治療費 休業補償 その他	
賠 償 の 請 求 お よ び 支 払 状 況	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償			
	第三者(加害者) から損害賠償をう けたとき	賠償金の内訳	治 療 費 (入院費を含む)		円
			休 業 補 償 費	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日分
			葬 祭 費		円
			慰 藉 料		円
			見 舞 金		円
			障 害 補 償 費		円
			そ の 他		円
		合 計		円	
		受 領 方 法	全 額 円 平成 年 月 日受領		
	お よ び 年 月 日	分 割 ( )回 払	第1回	円 年 月 日 受 領	
			第2回	円 年 月 日 受 領	
			第3回	円 年 月 日 受 領	

治療状況を うけたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		うけた・うけない	
	治療機関	名称	〇〇〇〇医院	
		所在地	東京都豊島区〇〇 TEL	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他( )		
	治療開始	平成〇〇年〇〇月〇〇日 入院(通院)		
	転帰	(平成〇年〇月〇日 現在) 現在入院中(通院加療中)・治癒・中止		
	治療期間	入院自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日		
		通院自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日		
	後遺症	ある・ある見込・ない・(ない見込)		
治療見込	平成〇〇年〇〇月〇〇日から約2ヶ月(月)日ぐらい			

◎わかる範囲でお願いします。

加害者(相手方)の任意状況	任意保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
	保険加入証明書記号番号	第 号	契約者名	
	契約保険会社	名称		
所在地		TEL		
担当者名				
被害者の任意状況	任意保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日
	保険加入証明書記号番号	第 号	契約者名	
	契約保険会社	名称		
所在地		TEL		
担当者名				